Rok XXVIII. Kraków, 16 Marca 1889. Nr. 11.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 7 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " $1\frac{1}{2}$ "	" $3\frac{1}{2}$ "	" 6 "

I. O powikłaniach ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki (*blenorrhea*) cewki moczowéj.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 20 lut. br.)

przez
Dr. W. Antoniego Glużińskiego
Docenta chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel.

LITERATURA: 1) Trousseau. Gazette des hôpitaux 1854 str. 226; 2) Brandes. Du rhumatisme blennorrhagique. Arch. gén. de méd. 1854. 3) Hervieux. Note sur le rhumatisme aigu blennorrhagique. Gaz. méd. de Paris 1858; 4) Siegmund. Tripperformen und zur Therapie der Tripperformen. Wien. med. Woch. 1858; 5) Lacasagne. Des complications cardiaque dans la blenn. Arch. gén. de méd. 1872; 6) Desnos i Lemaitre. Rhumatisme blennorrhagique avec complications cardiaques etc. Progrès méd. 1874; 7) Marty. Endocardite blenn. Arch. gén. de méd. 1876; 8) Besnier. Du rhumatisme blenn. Diction. encycl. de sc. méd. 1876; 9) Desnos. Endocardite blenn. Gaz. des hôpitaux. 1877; 10) Morel. Des complications cardiaques de la blenn. Thèse. Paris. 1878; 11) Delprat Des lésions cardiaques au coursde la blennorrhagie Thèse. Paris. 1882; 12) Pfuhl. Zur Casuistik d. Herzaffect. b. d. ac. Blenn. d. Ur. Deutsche Zeitschrift für prakt. Med. 1878; 13) Schedler. Zur Casuistik der Herzaffect. bei Tripper. Inaug. Diss. Berlin 1880; 14) Cianciosi. Sopra un caso di endocarditide blenn Bullet. delle sc. med. di Bologna. 1880; 15) Baudin. Observations d'un cas d'endocardite blenn. Rec. de mem. de méd. milit. 1879: 16) Draper. A case of endocarditis occuring in the course of gonorrheal rhumat. etc. Philad. med. Bullet. 1882; 17) Fleury: Arthrite blen., endocardite ulc. Mort. Journ. de Bordeaux 1883; 18) Morel. La blenn. et les affections du coeur. Revue de Thérap. 1883; 19) Railton. Notes of a case of gonorr., with acute rhum. and. endoc. etc. British. med Journ. 1884; 20) Dérignac et Moussous. Endocardite blenn. Gaz. méd. de Paris. 1884. 21) Van der Velden Zwei Fälle von „Endocardite blenn.". Münch. med. Woch. 1887; 22) Weichselbaum. Zur Aetiologie der acuten Endoc. Centrbl. f. Bacter. 1887; 23) Will. Über Endocarditis blenn. Münch. med. Woch. 1887.

Gdy sprawa gośćca stawowego wśród przebiegu rzeżączki cewki moczowéj już dość dawno była rozstrzygniętą, wystąpienie powikłań ze strony bł. surowiczych organów wewnętrznych szczególniéj serca jużto wśród przebiegu samego gośćca rzeżączkowego, jużto bez takowego, jest sprawą ostatnich lat trzydziestu, a dla niektórych do dziś dnia niepewną.

Dość w tym kierunku przytoczyć zdanie Trousseau'a (1) które jeszcze w r. 1854 w wykładach swoich głosił, że w gośćcu rzeżączkowym nigdy nie przychodzi do zmian w sercu i że to stanowi jego ważną różnicę od zwykłego gośćca stawowego. W przeważnéj części podręczników niemieckich o chorobach wenerycznych (np. Geigla, Tarnowskiego itd.) sprawę tę znajdujemy pominiętą milczeniem, a w ostatniém wydaniu dzieła Zeissla (1888) na str. 201 znajdujemy zdanie następujące „*Wir haben beim Tripperrheumatismus noch niemals eine Peri et Endocarditis beobachtet*". W najnowszym jednak podręczniku Fingera mamy już między powikłaniami rzeżączki osobny rozdział zatytułowany „*Endocarditis blennorrhoica*" i inaczéj się nam sprawa przedstawi, gdy sięgniemy do literatury francuskiéj, któréj właściwie należy się zasługa poruszenia i dokładniejszego zbadania téj sprawy.

Pierwszy Brandes (2) w r. 1854 ogłasza dwa przypadki, jeden z własnéj obserwacyi drugi Lehmana, wystąpienia raz zapalenia wśródsierdzia (*endocarditis*) raz osierdzia (*pericarditis*) wśród przebiegu gośćca niewątpliwie rzeżączkowego. W r. 1858 Hervieux (3) podaje podobny przypadek u człowieka młodego, 23 l. liczącego, który w 3 tyg. rzeżączki dostaje się do szpitala z obrzmieniem stawu kolanowego prawego w stanie bezgorączkowym, a w tydzień potém występuje dreszcz, gorączka i rozwijają się objawy zapalenia wśródsierdzia, dzięki któremu chory opuszczając szpital po miesięcznym pobycie uwolniony od rzeżączki i gośćca wynosi jednak niedomykalność zastawki dwukończystéj.

W tym samym roku Siegmund (4) spostrzegał dwa przypadki u kobiet gośćca stawowego na tle rzeżączki z następowém zajęciem osierdzia (*pericarditis*). Przez następnych lat 14 sprawa przycichła i dopiero od r. 1872 liczba ogłoszonych przypadków zaczyna się wzmagać i stale rośnie aż do obecnéj chwili. I tak w r. 1872 ogłasza Lacassagne (5) swój przypadek (u żołnierza l. 21 liczącego wśród przebiegu rzeżączki bez poprzedniego gośćca wystąpiła *pericarditis*), w 1874 Desnos i Lemaitre (6) swoją obserwacyję, do-

tyczącą mężczyzny l. 35, u którego w 25 dniu trwania rzeżączki wystąpił ostry gościec stawowy, przeważnie zajmujący staw kolanowy lewy, a w dwa tygodnie potém serce uległo zmianie doprowadzającéj do zwężenia ujścia tęt. głównéj. Rok 1876 przynosi nam dwa spostrzeżenia Marty'ego (7) (mężczyzna l. 22, wśród przebiegu gośca rzeżączkowego rozwijają się zmiany w ujściu tęt. głównéj) i Besniera (8). W r. 1877 w towarzystwie lekarzy szpitalnych w Paryżu opowiada Desnos (9) drugie swoje spostrzeżenie odnoszące się do mężczyzny przyjętego na jego oddział dla nieżytu oskrzelowego, u którego nagle występuje obrzmienie stawu mostko-obojczykowego i barkowego wśród stanu gorączkowego, stwierdzono obfity wypływ z cewki moczowéj, do którego chory wcale się przedtém nie przyznawał, a rozwijające się w związku z tém zapalenie osierdzia, jak sekcyja wykazała, na zastawkach dwukończystéj i półksiężycowych tęt. głównéj, wkrótce kres życiu położyło. Morel (10) w 1878 oprócz swoich dwóch zebrał jeszcze 11 przypadków. Delprat (11) w 1882 już 14 naliczył i zestawił opisując swój własny przypadek. Nie wliczył jednak już w tym czasie ogłoszonych przypadków z literatury niemieckiéj, t. j. wyżéj podanych 2 spostrzeżeń Siegmunda (4) daléj Pfuhla (12) ze szpitala garnizonowego w Harburgu i Schedlera (13) z kliniki Leydena w Berlinie, jak również przypadku z literatury włoskiéj Cianciosi'ego (14) a z francuzkiéj Baudina (15) tak, że w tym czasie było właściwie już 21 przypadków podanych, a dzisiaj dochodzi ich liczba do 31, gdy uwzględnimy dalsze spostrzeżenia Drapera (16), Fleury'ego (17) Morela (18), Derignaca i Moussousa (20), Railtona (19), wreszcie 2 przypadki Van der Veldena (21), jeden przypadek Weichselbauma (22) i przypadek Willa (23). Sam spostrzegałem przypadek w klinice prof. Korczyńskiego u młodego druciarza, który w 3 tygodniu rzeżączki uległ ostremu gośccowi stawowemu, a opuścił klinikę z wytworzoną niedomykalnością zastawki dwukończystéj.

Z zestawienia tych wszystkich przypadków musimy przyjść do następujących wyników:

1. Wśród przebiegu rzeżączki występują zboczenia ze strony serca tak na osierdziu jak i wśródsierdziu (*peri-et endocarditis*);

2. Takowe rozwijają się albo na tle gośca rzeżączkowego albo i bez tego tła.

3. Przebieg ich jest albo złośliwy, przedstawiając obraz ciężkiego zakażenia, jakie spotykamy przy wrzodziejącém zapaleniu wśródsierdzia (*Endocarditis ulcerosa*), lub też więcéj zwolniony, w każdym razie jednak ostry doprowadzając, jeżeli sprawa dzieje się na wśródsierdziu, do wytworzenia wad sercowych.

Zaburzenia te ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki zdają się być rzadkiemi następstwami téj ostatniéj. Nasuwa się tu jednak uwaga, że liczba przypadków z pewnością by się zwiększyła, gdyby wszystkie były ogłoszone i gdyby w każdym przypadku ostrego gośca stawowego szukano, czy nie ma równoczesnéj rzeżączki. A uwagę tę nasuwać musi okoliczność, że na 31 ogłoszonych przypadków tylko dwa odnoszą się do kobiet, ale bo też jak rzadko wśród przebiegu gośca stawowego zwracamy lub zwracać możemy uwagę na stan części płciowych u kobiet.

Przyjąwszy występowanie zmian w sercu wśród przebiegu rzeżączki jako fakt, nie ulegający zdaniem mojem wątpliwości, należy poruszyć i rozjaśnić o ile możności stosunek tych dwóch spraw chorobowych do siebie. Z góry zastrzedz się muszę, jakobym uważał występującą wśród rzeżączki zmianę na osierdziu, względnie wśródsierdziu, za równorzędne powikłanie np. z zapaleniem jąder, pęcherza moczowego itd., to jest z powikłaniami występującemi w skutek szerzenia się sprawy *per continuitatem* lub *contiguitatem*. Zajęcie bł. surowiczych serca musimy postawić w równym rzędzie z zajęciem bł. surowiczych stawów, powięzi ścięgnistych itd Dziś pominąć możemy dawniéjsze teoryje, jak np. odruchową, a stanąć musimy na podstawie czysto doświadczalnéj, zdobytéj badaniami lat ostatnich, tj. badaniami bakteryjologicznemi, zainaugurowanemi odkryciem w r. 1879 przez Neissera patogenetycznego mikroorganizmu dla rzeżączki (*gonococcus*). Za tém odkryciem musiała się wyłonić myśl, czy powikłania rzeżączki na błonach surowiczych, np. stawów, nie pochodzą od usadowienia się tam tych specyficznych mikroorganizmów. I w krótkim czasie pojawiła się pokaźna liczba prac w tym kierunku, które z jednéj strony przypuszczenie to potwierdziły, wykazując w cieczy wydobytéj ze stawu zajętego gośccem rzeżączkowym te same gonokoki, co w wydzielinie z cewki moczowéj; z drugiéj strony podnieść należy wyniki ujemne, gdzie w wydobytéj cieczy nie wykazano gonokoków, zato niekiedy mikroorganizmy ropotwórcze. Do téj ostatniéj kategoryi zaliczyć muszę przypadek z kliniki prof. Korczyńskiego, w którym w cieczy żółtawej wydobytéj strzykawką Pravatza ze stawu kolanowego prawego gonokoków wykazać nie mogłem. W obec tych spostrzeżeń dwa zapatrywania górują w nauce, łączące się przyjęciem mikroorganizmów za podstawę odległych powikłań rzeżączki, różniące się tém, że jedni opierając się na dodatnich wynikach badań, np. cieczy zajętych stawów, uważają tę sprawę za bezpośrednie następstwo rzeżączki, drudzy powołując się na ujemne badania i opierając się na wykazaniu mikroorganizmów ropotwórczych uważają ją za sprawę następową, będącą o tyle z pierwotném cierpieniem w związku, że takowe przez uszkodzenie pokrycia bł. śluzowéj cewki moczowéj ułatwiło wtargnięcie innym mikroorganizmom sprowadzając następowe zakażenie, czyli że wtedy mamy do czynienia z tak zwaném zakażeniem mięszaném (*Mischinfection*). Zakażenie to następowe tém łatwiéj pojąć możemy, jeżeli zważymy, że w wydzielinie rzeżączkowéj obok gonokoków znajdujemy i inne mikroorganizmy tak obojętne jak i patogenetyczne, np. *staphyloccus albus*, *aureus*, *streptococcus pyogenes*, że Lustgarten i Mannaberg (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.* 1887 str. 905) w cewce nawet zdrowéj znaleźli *Staphylococcus aureus*.

Odnosząc to do kwestyi nas obecnie obchodzącej, t. j. spraw w osierdziu i wśródsierdziu wśród przebiegu rzeżączki, musimy powiedzieć, że te same mikroorganizmy, które były w stanie z cewki moczowéj nadwerężonéj dostać się do ogólnego obiegu i usadowić się w stawach, mogą również wśród odpowiednich warunków wywołać sprawę chorobową na błonach surowiczych serca, a przypuszczenie to nabiera znaczenia, gdy uwzględnimy przypadek Weichselbauma (22), który na stole sekcyjnym obok rzeżączki trzy tygodnie trwającéj z wydzieliną obfitującą w gonokoki znalazł *endocarditis* ostrą rozciągającą się na zastawkę dwukończystą, zastawki półksiężycowe tęt. głównéj, a przez ścianę téj ostatniéj i na zastawkę trójdzielną; w wybujałościach zaś zastawkowych tak mikroskopowo jak i drogą hodowli wykazał *streptococcus pyogenes*, czyli, że zajęcie wśródsierdzia wśród przebiegu rzeżączki musimy uważać również za zakażenie następowe,

powstanie którego ułatwiła tocząca się rzeżączka i naruszająca pokrycie bł. śluzowéj cewki moczowéj.

Czy zajęcie błon surowiczych serca wśród przebiegu rzeżączki tylko tą drogą powstaje? na to pytanie dzisiaj trudno odpowiedzieć; musiałbym poruszyć całą patogenezę zapalenia wśródsierdzia, a nie chcąc od właściwego przedmiotu odbiegać, mam zamiar na jedném z przyszłych posiedzeń sprawę tę dyskusyi szanownych Kolegów poddać.

Ze stanowiska klinicznego musimy zadać jeszcze pytanie, czy przebieg tych spraw na wśródsierdziu, względnie osierdziu, odbywa się zwykle tak ostro jużto pod postacią wrzodziejącego zapalenia wśródsierdzia (*End. ulcerosa*) lub ostrego zapalenia wśródsierdzia względnie osierdzia (*Endo*- względnie *Pericarditis acuta*), jak przedstawiają dotychczasowe przytoczone wyżéj opisy?

To właściwie pytanie pobudziło mnie do postawienia téj kwestyi na dzisiejszém posiedzeniu i pozwolę sobie opierając się na własnych spostrzeżeniach zdanie w tym kierunku wypowiedzieć.

Spostrzeżenia te, na które w ostatnich trzech latach zwróciłem moją uwagę, odnoszą się do ludzi młodych, którzy ambulatoryjnie zgłosili się do mnie skarżąc się, że od dłuższego lub krótszego czasu doznają kłucia w lewéj połowie kl. piersiowéj i ulegają często biciu serca. Liczba ich wynosi 8. Uczucia te podmiotowe miały swoją podstawę. Badanie bowiem wykazywało silną akcyję serca, przyspieszoną, najczęściéj tarcie osierdziowe, raz tak wyraźne, że je ręką wyczuć mogłem, a najskrupulatniejsze poszukiwania w organizmie, dokładne wywiady szczególniéj w kierunku gośćca, mieszkania, narażenia się na wpływy atmosferyczne, nic nie wykazywały z wyjątkiem, że chorzy zwykle od pewnego czasu obdarzeni zostali rzeżączką. Zmiany te w osierdziu były świeże, wszystkie ustąpiły. Do wysięków nigdy nie przyszło i w ogóle podnieść muszę, że z wyjątkiem tych uczuć podmiotowych, które zwróciły uwagę pacyjenta, w niczém porządku nie zaburzały. Chorzy nie gorączkowali, oddawali się swoim zajęciom, nieraz twierdzili, że już są zupełnie zdrowi, gdy można było jeszcze zmiany wykazać szczególnie objawiające się przyspieszoném tętnem. Na tę nieznaczność przypadków szczególnie nacisk kładę z tego powodu, że łatwo ujść mogą uwagi i to może być przyczyną niedostatecznego ich uwzględnienia w powikłaniach rzeżączki, a jednak są to rzeczy nie obojętne, w dwóch bowiem z obserwowanych przypadków niepostrzeżenie wytwarzał się szmer wśródsierdziowy stając się coraz wyraźniejszy i w jednym doprowadził do niedomykalności zastawki dwukończystéj, w drugim do zwężenia ujścia tęt. głównéj. Przypadki te ostatnie obserwowałem przez przeciąg 5—6 miesięcy.

Że zmiany te w osierdziu względnie w wśródsierdziu zawisłe były od rzeżączki, przemawiał za têm obok okoliczności, że we wszystkich tych przypadkach była rzeżączka cewki moczowéj a innéj podstawy w organizmie nie było, przebieg choroby w następującym np. przypadku.

W d. 24 maja zgłosił się do mnie mężczyzna silnie zbudowany lat 22 liczący skarżąc się, że od tygodnia doznaje kłucia w lewéj połowie kl. piersiowéj i częstego doznaje bicia serca. Dotąd zawsze zdrów. Bólów ani w stawach ani w mięśniach nigdy nie miał. Badanie w innych narządach z wyjątkiem narządu krążenia zboczeń nie wykazywało. Ze strony tego ostatniego stwierdziłem przyspieszenie tętna (98 na minutę), ciepł. 37·4°C. Uderzenie serca na rozległéj przestrzeni widoczne w 3, 4 i 5 przestworze międzyżebrowym, silne. Przysłuch wykazywał nad podstawą serca miękkie, ale wyraźne tarcie osierdziowe. Z cewki wydzielina śluzowo-ropna, chory przed 4 miesiącami nabawił się rzeżączki. Z rozbioru moczu przekonałem się o prawidłowym stanie pęcherza, miedniczek nerkowych i nerek. Objawów gośćca ani stawowego ani mięśniowego nigdzie nie stwierdziłem. Rozpoznałem "*Pericarditis sicca recens*", a za przyczynę takowéj opierając się na poprzednich obserwacyjach uważałem istniejącą rzeżączkę cewki moczowéj. Wśród odpowiedniego leczenia stan się poprawił tak, że w d. 12 czerwca badając po raz trzeci mogłem go uważać za zdrowego, podmiotowo czuł się bowiem dobrze, tętno wynosiło 76 na minutę nawet po ruchach, tarcia nie słyszałem. Chory leczył daléj rzeżączkę. Poprawa nie trwała długo, gdyż w miesiąc, bo 14 lipca przedstawił się znowu twierdząc, że „wszystko wróciło." I wróciło rzeczywiście, znalazłem bowiem taki sam stan jak przy pierwszém badaniu. Dwóch tygodni trzeba było, nim sprawa się uspokoiła. Rzeżączka w jednym stopniu trwała bez przerwy. Przez dwa miesiące następne chorego nie widziałem, bo czuł się dobrze. Dzień 19 września sprowadził go do mnie, od tygodnia bowiem wypływ z cewki się zwiększył, wystąpiła duszność szczególnie po ruchach, kłucie w okolicy serca, napadowe bicie takowego, a równocześnie po raz pierwszy pojawił się dopiero ból w stawie kolanowym i łokciowym prawym. Badanie wykazało stan bezgorączkowy. Stawy wspomniane z wyjątkiem bolesności przedmiotowo innych zboczeń nie przedstawiały. Tętno 116 na minutę. Tarcie osierdziowe ręką można wyczuć, przy 1szym tonie nad lewą komórką występuje zwłaszcza po ruchach szmer skurczowy. W 5 dni potém z wyjątkiem spokojniejszéj akcyi serca, bo 98 uderzeń na minutę wynoszącéj, polepszenia wybitnego nie stwierdziłem. D. 7 października tarcie słyszałem znacznie słabsze, tętno 84, ale szmer skurczowy dość wyraźny. Od tego czasu chorego późniéj nie widziałem.

Przypadek ten, w którym w jakiś czas wśród trwającéj bez przerwy rzeżączki cewki występowało zapalenie osierdzia, w którym wraz z zaostrzeniem sprawy rzeżączkowéj pojawiło się również ostrzejsze zadrażnienie osierdzia, przeniesienie się sprawy na wśródsierdzie i wtedy dopiero bóle w stawach — czyż przypadek ten nie każe domyślać się pewnéj łączności między istniejącą rzeżączką cewki moczowéj a zmianami w narządzie krążenia?

A jeżeli w krótkim stosunkowo czasie przychodzi się do przekonania, że przypadek taki nie jest odosobnionym, ale przy zwróceniu uwagi w tym kierunku spostrzega się je częściéj, toć naturalny należy zrobić wniosek, że rzeżączka cewki moczowéj, czy to pośrednio czy bezpośrednio, jest tu momentem wywołującym.

W większéj liczbie spostrzeganych przezemnie przypadków między rzeżączką a wystąpieniem zmian w sercu nie pośredniczył wcale gościec, w niektórych wystąpił on późniéj, jak np. w wyżéj opisanym przypadku, w innych wcale się nie objawił, w mniejszéj liczbie tylko wystąpił jako zboczenie poprzedzające jużto w którymś stawie jużto w mięśniach. Forma zawsze jednak była lekką, najczęściéj mało zwracającą uwagę chorego tak, że dopiero pytania postawione w tym kierunku przypominało pacyjentowi, że w chwili badania lub przedtém miał nieznaczne dolegliwości w tym kierunku.

Czas wystąpienia tych zmian odnosił się we wszystkich przypadkach do późniejszych okresów rzeżączki cewki moczowéj, t. j. do form jéj przewlekłych, zwykle już kilka miesięcy trwających. Têm może tłumaczy się nieznaczne natężenie przypadków w przeciwieństwie do tych ostrych o silném natężeniu przypadów, jakie dotychczas spostrzegano, a które rozwijały się w pierwszych tygodniach trwania rzeżączki.

Jak często, jaki procent dotkniętych rzeżączką ulega temu powikłaniu ze strony serca — zawczas byłoby rozstrzygać.

Na podstawie tych danych czułbym się w prawie wypowiedzieć zdanie, że jak wśród przebiegu ostréj rzeżączki

(na podstawie ogłoszonych przypadków) występują zmiany w sercu z przebiegiem ostrym, tak w przebiegu rzeżączki przewlekłéj rozwijać się mogą zajęcia bł. surowiczych serca z natężeniem bardzo nieznacznem, prawie niepostrzeżenie, a jednak aż nadto ważne, bo mogące jakkolwiek rzadko doprowadzić do stałego zboczenia tak znacznego, jakiém dla organizmu musi być powstała wada sercowa.

Uważałem za swój obowiązek spostrzeżeniem tém się podzielić, spostrzeżeniem, mogącém nam nieraz wytłumaczyć, zkąd u badanego powstała wada sercowa, a dla saméj sprawy byłoby bardzo ważném, gdyby uwagi te lekarza chorób wewnętrznych znalazły dalsze rozjaśnienie ze strony kompetentnéj specyjalistów syfilidologów.

II. Kilka słów o plombowaniu zębów złotem.

Podał
Dr. Szymkiewicz w Krakowie.

Jedna z najważniéjszych przyczyn cuchnienia z ust, które tak często u ludzi względnie zdrowych się napotyka, są próchnicą *(caries)* zniszczone zęby. Choroba ta zębów, przybierająca w teraźniejszéj generacyi coraz większe rozmiary, sprowadza dopiero wtenczas zanieczyszczenie oddechu, skoro drążąc coraz bardziéj w głębsze warstwy zębowiny wywoła zapalenie a w dalszém następstwie zgorzel miazgi zębowéj. W takim razie obumarłe części tego narządu, zmięszane z pokarmami, które do jamy zęba się przypadkowo dostały, ulegają gniciu, wytwarzając właściwe wszystkim istotom organicznym gazy. Jeżeli uwzględnimy tę okoliczność, iż zmiany takie zwykle występują równocześnie w kilku zębach, z których każdy stanowi niejako dla siebie oddzielny krater, jeżeli dodamy jeszcze do tego tu i owdzie pozostawione gnijące korzenie zębów, daléj resztki pokarmów między niemi lub w fałdach błony śluzowéj zatrzymane i rozkładowi ulegające a wreszcie pokłady kamienia zębowego i zmacerowane dziąsła, natenczas mamy dość powodów, tłomaczących nam takie cuchnienie z jamy ust. Aby tego uniknąć, używają chorzy rozmaitych płukań aromatycznych, które albo tylko chwilowo usuwają tę przykrą wadę, albo też pozostają bez żadnego skutku.

Ponieważ, jak wyżéj powiedziano, głównem ogniskiem tego procesu są zepsute zęby, przeto wskazanémby było wczesne zapobieganie ich zniszczeniu témbardziéj, iż w plombowaniu posiadamy nader dzielny środek, mogący na długo powstrzymać dalszy rozwój choroby.

Między materyjałami do plombowania zębów używanemi pierwsze miejsce zajmuje czyste złoto, które przylegając ściśle do ścian jamy, dając się bardzo dokładnie skupić, nie kurcząc się z czasem, ani rozciągając, nie ulegając chemicznym zmianom, chroni stanowczo ząb w miejscu chorobowo zmienionem od dalszego zniszczenia. Jedynie ujemnemi stronami złota są jego barwa i połysk oraz dość znaczne koszta, któreto okoliczności jednak przy nader ważnych zaletach należałoby na drugim stawiać planie.

Dotychczasowy tak zw. amerykański sposób skupiania złota polegał na tém, iż metal ten albo w postaci masy gąbczastéj, tak zwane złoto krystaliczne, albo delikatnych blaszek składanych lub zwijanych *(Goldfolie)*, albo nareszcie w postaci wałeczków *(Pelets)*, wprowadzano do jamy i skupiano je odpowiedniemi ugniataczami *(Stopfer)*, i to albo za pomocą ucisku ręki, albo uderzając w rękojeść ugniatacza ołowianym młotkiem, którym druga osoba kierowała, albo nareszcie za pomocą sztucznych i skomplikowanych młotków, poruszanych mechanizmem sprężynowym, siłą elektryczności, powietrza lub wody.

Jakość użytego złota i sposób jego skupiania odgrywa drugorzędną rolę, głównie jednak chodzi o to, aby, jak wyżéj wspomniano, złoto przylegało szczelnie do ścian jamy, aby we wszystkich swoich warstwach było jednostajnie skupione, aby pierwotny kształt zęba przywróciło, a co najważniejsza, aby między plombą a brzegami zęba nie została najmniejsza szczelina, w którejby produkty gnilne się gromadzić i próchnicę w częściach zęba dotychczas nie zajętych sprowadzić mogły. Cała ta czynność odbywać się winna w zupełnéj suchości, tak, iżby nawet para wydechana nie zwilżała pola operacyjnego (ku czemu najlepiej służy ochronienie zęba za pomocą gumy [*Cofferdam*]), a powtóre, że w ciągu całéj roboty należy bardzo pilną zwrócić uwagę na antyseptykę nietylko samego pola operacyjnego, ale także sąsiednich części zęba, instrumentów, materyjału do plombowania użytego i t. d.

W ten sposób dokonana praca, jest w stanie zapobiedz dalszemu rozwojowi próchnicy zębów, czego najlepszym dowodem są plomby zrobione przez amerykańskich dentystów przed 20 lub 30 nawet laty, z któremi jeszcze teraz niejednokrotnie spotykać się można. Już w r. 1884 rozeszła się po Niemczech wieść o nowym sposobie plombowania zębów złotem, podanym przez ich rodaka Wilhelma Herbsta z Bremy. Sława jego przebiegła wkrótce całą Europę i Amerykę, zyskując sobie poważne grono wielbicieli i naśladowców. W dowód uznania mianowały go liczne stowarzyszenia dentystyczne w Stanach Zjednoczonych członkiem honorowym. a nawet Kolegium dentystyczne w Cincinnati nadało mu *honoris causa* tytuł *„Doctor of Dental-Surgery.“* Nie brak atoli przeciwników, którzy nie poddawszy metody Herbsta dokładnemu i wszechstronnemu badaniu, wyrażają się o niéj z powątpiewaniem, a nawet odmawiają jéj wszelkiéj praktycznéj wartości.

Nie łącząc się z hymnem pochwalnym wielbicieli, bądź co bądź przyznać potrzeba, iż wspomniana metoda ma obok pewnych stron ujemnych wiele zalet i ze wszech miar zasługuje na to, aby gruntownie ocenioną została.

W r. 1855 wydał Herbst nakładem firmy C. Ash et Sons w Berlinie broszurę pod tytułem: *„Das Füllen der Zähne mit Gold etc. nach deutscher Methode“*, w któréj opisuje sposób swego postępowania, o ile naturalnie przedmiot taki dał się teoretycznie przedstawić. Dzisiaj po czterech latach pojawienia się téj metody zmienił ją Herbst w niejednym punkcie i udoskonalił o tyle, iż niewątpliwie zajmie ona — po usunięciu pewnych jeszcze niedokładności — ważne stanowisko w terapii próchnicy.

Na jubileuszowym zjeździe Towarzystwa dentystycznego we Frankfurcie nad Menem w dn. 28 i 29 Kwietnia r. 1888, dokąd głośném imieniem Herbsta zwabieni zebrali się nader licznie dentyści ze wszystkich niemal prowincyj Niemiec, z Austryi i Francyi, miałem sposobność obserwować tego mistrza w swoim zawodzie. Chcąc jednak u samego źródła dokładnie poznać i pod kierunkiem Herbsta przyswoić sobie nową metodę, udałem się w Lipcu r. z. do Lipska, gdzie w klinice prof. Hessego w dwutygodniowym kursie wykładał Herbst swoją metodę rotacyjną oraz inne wynalazki i ułatwienia w zakresie techniki dentystycznéj. Liczne ambulatoryum téjże kliniki dozwalało w stosunkowo tak krótkim czasie nabyć dostatecznéj biegłości we wszystkich kierunkach.

Niniejszém pozwolę sobie opisać w głównych zarysach metodę rotacyjną plombowania złotem, do czego zachęca mnie przedewszystkiem ta okoliczność, iż dotychczas nie zdarzyło mi się w literaturze polskiéj znaleźć o niéj jakiéjkolwiek wzmianki.

Sposób postępowania Herbsta jest mniéj lub więcéj następujący:

Po należytém odosobnieniu zęba za pomocą gumy i dokładném oczyszczeniu ścian oraz wyrównaniu brzegów jamy, wprowadza się do niéj naraz kilka wałeczków złota i skupia je za pomocą główkowatych instrumentów, osadzonych w toczydle (*Bohrmaschine*). Dawniéj używał Herbst w tym celu stalowych instrumentów, których komplet składał się z 18 form dla prostéj a z 4 dla kolankowatéj rękojeści, dzisiaj zaś ogranicza się głównie do 4—5 instrumentów, które posiadają główki z kamyczka agatu.

Przy skupianiu złota działają dwa czynniki, a mianowicie z jednéj strony silny ucisk ręki, jaki się na instrument wywiera, z drugiéj zaś jego obroty zwolna po całéj powierzchni jednostajnie postępujące.

Jeżeli jama ma kształt półkulisty, natenczas ogranicza

się Herbst do podanych instrumentów i toczydła, jeżeli jednak ma postać do sześcianu zbliżoną, natenczas postępuje nieco odmiennie, albowiem zagłębienia na krawędziach z powodu użycia instrumentu kulistego nie byłyby należycie złotem wypełnione. W tym celu bierze Herbst zwykły ekskawator, odłamuje konuszek i tym instrumentem z całą siłą przygniata miejsca podejrzane, które następnie mniejszemi wałeczkami złota wypełnia i znowu je sposobem rotacyjnym ugniata. Skoro jama do pewnéj wysokości została w ten sposób nałożoną, wówczas dopełnia się się ją blaszkami złota grubszemi *(Goldfolie)* Nr. 10, 30 a wreszcie Nr. 60. I tę pracę wykonywa metodą rotacyjną, kontrolując tylko każdą warstwę odłamanym ekskawatorem.

To, co wyżéj powiedziano, tyczy się jam t. zw. środkowych *(Centralcavitäten)* t. j. takich, które zewsząd są otoczone ścianami zęba, z wyjątkiem otworu wejścia. Ale Herbst stara się wszelkie inne jamy, w których nie jednéj ale dwóch trzech ścian brakuje, przeobrazić w jamy środkowe, co s t a n o w i g ł ó w n ą z a s a d ę j e g o m e t o d y r o t a c y j n é j. W tym celu robi t. zw. łożyska *(Matrizen)*.

Istotnie podziwiać należy pomysłowość Herbsta i nadzwyczajną jego biegłość w przysposabianiu sobie tych, tak cennych środków pomocniczych. Trudno teoretycznie opisać szczegółowo sposób postępowania Herbsta w każdym pojedyńczym przypadku, dla tego tylko pobieżnie skreślę główne zasady jego metody przyrządzania łożysk i użycia ich do celów rotacyjnych.

Do najczęstszych miejsc, w których caries z upodobaniem się rozwija, należą ściany sąsiednie zębów, t. j. ściany tak zwane dośrodkowe (mesial) i odśrodkowe (distal), a plombowanie tutaj mieszczących się ubytków należy do najtrudniejszych zadań dentystyki. Przypuśćmy, iż zęby sieczne i kły na powierzchniach do siebie zbliżonych uległy próchnicy. Jeżeli jama ze wszech stron, z wyjątkiem otworu wejścia, jest mocnemi ścianami otoczona, natenczas przy dostateczném oddaleniu tychże zębów skupia się złoto, jak wyżéj podano, metodą rotacyjną. Podobnie się rzecz ma, jeżeli ubytek rozciąga się i na przodkową ścianę zęba. Jeżeli zaś ubytek zajmuje także i ścianę tylną, natenczas robi Herbst łożysko sposobem następującym: Kawałek ogrzanego szelaku wciska od podniebienia ku zębom, następnie po oziębieniu odcisk ten wyjmuje i wzgórek odpowiadający jamie zęba do plombowania przeznaczonego odcina. W listewkę powstałą na szelaku między tym zębem a jego sąsiadem wciska cieniutką blaszkę stalową, należycie ogrzaną, poczém łożysko, przeobrażające boczny otwór zęba w jamę środkową jest gotowe. Łożysko to wprowadza się na swoje miejsce, palcami lewéj ręki podtrzymuje, a prawą nakłada od powierzchni wargowéj złoto i metodą rotacyjną ugniata.

Tutaj powierzchnia szelaku i blaszka stalowa, ku którym złoto z należytą siłą się skupia, nadają plombie kształt odpowiadający konturom zęba.

W nowszych czasach podał Herbst łatwiejszy i szybszy sposób urządzania łożysk przy plombowaniu w mowie będących ubytków na zębach przednich. Otóż po założeniu gumy na 3 albo 4 sąsiadujące zęby przekłada pomiędzy nie wąski pasek neusilbrowy w ten sposób, aby dziura zęba była od strony podniebienia tymże paskiem dokładnie osłonięta, poczém naciąga obydwa jego końce i przygniata w miejscu przylegającém do brzegów ubytku. Osłona taka stanowi dostateczną podporę przy nakładaniu i ugniataniu złota oraz pozwala na dokładne przywrócenie pierwotnych kształtów zęba. W przypadkach zaś, gdzie próchnica zajmuje boczne ściany małych lub wielkich zębów trzonowych, postępuje się w sposób nieco odmienny, w każdym razie zasada przeobrażenia jam bocznych w centralne jest i tutaj zachowaną. Przygotowawszy sobie w takim razie należyty odstęp między obu zębami, czy to przez przepiłowanie, czy téż przez rozsunięcie, zakłada się także łożysko w postaci dwóch wąskich stalowych blaszek pod kątem ostrym klinowato do siebie nachylonych. Na jednym końcu są one wolne i nieco łukowato zakrzywione, na drugim przylutowane do klina, około 5mm. długości mającego, w którym przebiega kanalik. Podstawa tego klina rozchyla obydwie blaszki w poprzek, gdy tymczasem własna sprężystość oddala je od siebie w podłuż.

Łożysko takie po należytém osłonięciu zębów od wilgoci gumą wciska się w szparę między obu zębami tak, aby podstawą klina opierało się na dziąsłach, poczém dość grubą szpilkę, ku końcowi nieco sklepaną, wsuwa się w kanalik, przez co obydwie blaszki główką szpilki zostają do ścian zębów przyciśnięte. Zauważyć jednak należy, iż blaszki owe nie sięgają od powierzchni dziąseł aż do płaszczyzny żucia *(Kaufläche)*, skutkiem czego obie jamy tylko do pewnéj wysokości są osłonięte łożyskiem.

Po takiém przygotowaniu wprowadza się do każdéj jamy z osobna złoto i skupia je metodą obrotową, przygniatając tak do ścian zęba, jak i do powierzchni łożyska z jednostajną siłą a gdy się już dojdzie do granicy łożyska, wówczas uważając jamy obu sąsiadujących zębów za jedną środkową, całą przestrzeń jednostajnie złotem się wypełnia. Następnie wysuwa się szpilkę i łożysko. Teraz założywszy w toczydło instrument zrobiony ze zwykłego świderka *(Bohrer)*, na którego końcu osadzony jest kamyczek malachitu, w postaci płaskiego stożka zeszlifowany, wchodzi się na granicę między obu zębami i torując sobie drogę przez obrót tego instrumentu, uciska równocześnie złoto ku wydrążeniu jednego i drugiego zęba. Mostek złota pozostały między plombami przecina się piłeczką, poczém kończy całą pracę przez dokładne wyrównanie i wypolerowanie powierzchni. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Józef W i c z k o w s k i: **Podręcznik do rozbioru moczu.** (Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Kraków 1889, str. 240. 8vo.)

Z większém lub mniejszém uprawnieniem tłumaczą się autorowie w obec czytelników z przyczyn, które ich skłoniły do napisania nowéj książki, a wśród tłumaczeń takich zajmuje pierwsze miejsce, u nas niestety często usprawiedliwione twierdzenie, że brak takiego dzieła w naszym języku skłonił ich do podjęcia téj pracy. I dr. W. porusza tę kwestyję w przedmowie, twierdzi bowiem, że do napisania tego podręcznika zabrał się na wezwanie prof. Korczyńskiego. Okoliczność ta stwierdza sama przez się dosadnie, że jeżeli kiedykolwiek, to w tym przypadku niewątpliwie słusznie i bez przesady można mówić o braku odpowiedniego podręcznika. Posługujemy się powszechnie podręcznikami niemieckiemi, o książce p. Bukowskiego o badaniu moczu, wydanéj w Warszawie, nie wiem czy słusznie mało słychać u nas, a chociażby nawet dziełko warszawskie miało pewne zalety, nie może ono nam zastąpić podręcznika, pisanego na podstawie doświadczeń czynionych w téj jedynéj pracowni, w któréj kształci się pokolenie lekarzy polaków w swéj mowie ojczystéj, pomijając już inne kwestyje już dla saméj zawsze jeszcze niezałatwionéj sprawy słownictwa chemicznego. Sam piszący te słowa ma sposobność spostrzegać w ręku uczniów i lekarzy staranne zapiski czynione wśród wykładów chemii lekarskiéj a nie pomyli się twierdząc, że notaty z pracowni tutejszéj pozostają i wśród lat mniéj przyjemnego wykonawstwa lekarskiego nicią przewodnią dla lekarzy praktyków z krakowskiéj szkoły.

Téj szkoły i téj pracowni uczniem a późniéj wieloletnim asystentem jest autor; to też nie dziw, że z książką jego spotkają się lekarze jak z dawnym znajomym. Jakkolwiek podział przedmiotu jest odmienny, przeprowadzono ścisłe i nie całkiem może usprawiedliwione odgraniczenie składników prawidłowych od nieprawidłowych téj najważniejszéj wydzieliny, kierując się raczéj względami praktycznymi aniżeli naukowymi, to jednak wglądając w szczegóły widzi się na każdym kroku na pierwszym planie uwzględnione właściwości, sposoby postępowania częstokroć i zapatrywania na kwestyje naukowe znane już z obszernych i wyczerpujących wykładów prof. Stopczańskiego z zakresu chemii lekarskiéj, któréj jedną cząstkę autor obrobił. Na dziełko składają się jednak nietylko doświadczenia i zdobycze tutejszéj pracowni i wybitnie zaznaczone własne autora poglądy; wierne a zwię

złe, systematyczne a sprawiedliwe uwzględnienie materyjału obcych badań wśród lat ostatnich a nadto, co za wielką zaletę podręcznika uznajemy, wszędzie w właściwém miejscu z pewném niejako upodobaniem przytoczone spostrzeżenia polskich badaczów, lekarzy i chemików — wszystko ujęte w całość harmonijną oto rezultat żmudnéj pracy Dra W.

Trudném bezwątpienia było zadanie napisania podręcznika oryginalnego w przedmiocie, w którym istnieje taki zastęp dzieł obcych, trudném w dziełach, gdzie nauka doszła do pewnego zaokrąglenia utartym szlakiem badań kilku lat dziesiątków, aby nie popaść w mimowolne powtarzanie zdań innych autorów; trudném i tam, gdzie się kończy nauka ścisła a nastaje rozdroże hipotez mniéj lub więcéj prawdopodobnych. Autor wybrnął zwycięzko z tych trudności, a że mu się to udało, zawdzięczyć musi przedewszystkiem jasno wytkniętemu celowi dziełka, którym była potrzeba lekarza praktyka przy łożu chorego i ucznia medycyny w pracowni chemicznéj. W ich rękach książka z pewnością wyrobi sobie uznanie, z naszéj strony radzibyśmy widzieć ją w rękach farmaceuty, który pomimo braku w obecnym systemie uczenia należytych i fachowych podstaw do trudnéj uroskopii, korzystając ze wskazówek tego dziełka, przy swém ogólno chemiczném wykształceniu większą niż wstrętnym darem noworocznym, uczynić będzie mógł przysługę lekarzowi praktycznemu. Być może, że roztrząsania fizyjologiczno i patologiczno chemiczne, w które się autor zapuszcza przechodzą niekiedy zakres „podręcznika“, to znowu nie wyczerpują według jednolitéj miary tematu o poszczególnych składnikach moczu, to jednak pouczają one, że dokładnego i jasnego wyobrażenia o chemii moczu można jedynie nabrać na tle dokładnéj znajomości spraw fizyjologicznych i patologicznych ustroju, a zwłaszcza gruntownéj znajomości rozległego zakresu całéj chemii lekarskiéj.

Podręcznik do rozbioru moczu bez rycin, zwłaszcza o badaniu osadu nie byłby w obec dzisiejszych wymagań zadowolnił i nie byłby wypełnił luki w literaturze lekarskiéj polskiéj jak to czyni książka Dra W. Autor uczynił zadość téj potrzebie, ryciny w liczbie 70 są częścią trafnie dobrane z najlepszych tego rodzaju dzieł niemieckich (Kühnego, Neubauera i Vogla, Salkowskiego i Leubego), częścią nowo wykonane, rycina kolorowana (prątki gruźlicze) wypadła również bardzo dobrze. Ryciny przyrządów używanych do badania moczu i to tylko najważniejszych z nich służą za wyborne uzupełnienie tekstu objaśniającego a niejedna z nich posłuży zapewne do łatwego zaimprowizowania sobie własnych przyrządów. Dodatek o odczynnikach i płynach mianowanych a zwłaszcza jasno wyłożona zasada miareczkowania pomieszczone w końcu dzieła, czynią zbytecznem poszukiwanie w innych dziełach chemicznych pożądanych wskazówek dla osób mniéj wprawnych i pouczają, że przy użyciu nie wielkiéj liczby odczynników bez całego kosztownego i jedynie dla wielkich pracowni przystępnego zbioru przyrządów, można już wykonywać rozbiory o wartości naukowéj a tym bardziéj zdolne zadość uczynić potrzebie lekarzy praktyków.

Układ dziełka ułatwia zoryjentowanie się w przedmiocie nawet wcale niewtajemniczonym, wykład jasny, język poprawny bez zachcianek puryfikatorskich, nie obarczony użyciem wyrazów łacińskich, druk czytelny, papier trwały, stawiają godnie dziełko Wiczkowskiego w szeregu tak cennych podręczników tego samego wydawnictwa. Przedmiot sam, obchodzący blisko wszystkich lekarzy postępowych, tak specyjalistów, jak i zwykłych praktyków każe się spodziewać, że nakład rozejdzie się w krótkim czasie i zmusi do starania o drugie wydanie, w którém zapewne kolumna sumiennie zestawionych omyłek drukarskich przybierze skromniejsze rozmiary. *Dr. Schaitter.*

Patologija.

Schech (Mnichów): **O porażeniu nerwu zwrotnego.**

Niekiedy udaje się z całą dokładnością rozpoznać wziernikiem porażenie nerwu zwrotnego, nie można jednak często ani dobrze rokować ani podać przyczyny porażenia. Na tém większą uwagę zasługuje praca S. opierająca się na 42 przypadkach porażeń wymienionego nerwu. Między niemi przyczyną porażenia była choroba płuc 7 razy (gruźlica, zwyrodnienie włókniste, zropienie, zwapnienie lub zwyrodnienie gruczołów oskrzelowych), wól 10 razy (u dwóch mężczyzn zmniejszył przypady chorobowe i wól sam jod wewnętrznie podawany), rak połyku 4 razy, nowotwór złośliwy wychodzący z płuca i śródpiersia trzy razy, tętniak tętnicy głównéj dwa razy (w jednym z nich nie było wiadomém, do czego porażenie odnieść, bo obok tętniaka istniał w śródpiersiu i torbiel skórzakowy stary), błonica przełyku raz, zapalenia krtani gośćcowo-nieżytowe 8 razy. Do niedawna (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, 1883) sam Schech nie chciał wierzyć w istnienie porażenia gośćcowego lub nieżytowego nerwu zwrotnego, obecnie przyznaje innym autorom słuszność, przekonawszy się aż w 8 przypadkach nietylko o jego istnieniu ale i o możności wyleczenia go, jeśli zarówno chory jak i lekarz są cierpliwi przynajmniéj przez 3—4 a nawet i 5 miesięcy. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 51). *Dr. Kraus.*

Arustamow: **Przypadek włoskowicy** (*leptothricosis*) **pęcherza moczowego.**

Przez *leptothricosis* rozumie autor, za przykładem prof. Afanasiewa, wszystkie przypadki chorobowe, których jedyną wspólną własnością jest to, że w miejscach chorych pośród innych gatunków prątków znajdują się w znacznie przeważającéj liczbie t. z. *leptothrices* t. j. długie nie rozgałęziające się laseczki. Liczba takich przypadków znanych w literaturze nie przewyższa 30. Choroba ta występuje w rozmaitych miejscach. I tak na migdałkach, na podstawie języka, w przesmyku gardzielowym, w krtani itd. występują białe plamy niebolesne, złożone z poruszających się laseczek W próchniejących zębach, w kamieniach zębowych, w kamieniach migdałków, gruczołów językowych, przewodu Wartona a także w niektórych kamieniach moczowych występuje zawsze *leptothrix.* W narządach moczopłciowych znajdowano również charakterystyczne długie laseczki. Takim właśnie jest przypadek podany przez autora. W powyższym artykule opisuje autor tylko kliniczną stronę *leptothricosis.* Chory 31-letni mężczyzna przebył kiłę przed 11 laty, a obecnie cierpiał na uwiąd rdzenia. Przed dwoma laty zauważył po raz pierwszy potrzebę natężania się przy oddawaniu moczu. Przypuszczając zwężenie cewki moczowéj wstawiano choremu stoczki. Lecz z biegiem czasu choroba się zwiększała, a przy wstąpieniu do kliniki było oddawanie moczu połączone z silnemi bólami. Zastosowano leczenie przeciwkiłowe, a pęcherz przemywano od czasu do czasu 5°/₀ rozczynem boraksu, co przynosiło znaczną ulgę. Chory nie zupełnie jeszcze wyleczony opuścił klinikę i odtąd nie miano o nim wiadomości. Przy badaniu moczu chorego okazało się, że mocz ten oddziaływa wybitnie kwaśno, zawiera dużo kryształków szczawianu wapniu, ciałek białych, mnóstwo nitek t. z. *leptothrix* i nieznaczną ilość koków. Ani białka ani cukru nie było. Cięż. gat. 1·019. W obecnym przypadku uwiąd rdzenia zaciemnia znacznie pochodzenie choroby pęcherza moczowego, ale w każdym razie przebieg jéj był dość charakterystycznym. Już samo spostrzeżenie, że wymywanie wodą borową przynosiło znaczną ulgę, wskazuje na charakter zakaźny choroby, a kwaśne oddziaływanie moczu zmusza do odrzucenia istnienia nieżytu pęcherza moczowego. Prawdopodobnie dostały się *leptothrices* w tym przypadku do wnętrza przy wprowadzaniu stoczków. (*Wracz*, 1888, Nr. 50). *A. W.*

(H. K.) Na posiedzeniu ginekologów w Wiedniu okazywał Breisky torbiel jajnika wydobyty drogą operacyjną u choréj dotkniętéj rozmiękczeniem kości. W przypadku tym wyłuszczył B. i drugi jajnik mimo, że był mało tylko chorobowo zmieniony opierając się na doświadczeniu własném, Fehlinga, Karola Brauna i Winkla (patrz *Przegl. Lek.*, 1888), na podstawie którego można śmiało twierdzić, że przedwcześnie sprowadzone lata zwrotu płciowego korzystnie bardzo wpływają na przebieg rozmiękczenia kości. (*Wien. med. Blätter*, 1888, Nr. 50).

Farmakologija.

Awtandiłow: **Porównawcze badanie działania suchych łazien i ciepłych napojów na wydzielanie się potu.**

Autor robił 72 doświadczeń na 12 zdrowych ludziach. Temperatura łaźni dochodziła do 45—50°C., badani pozo-

stawali w niéj dopóty, dopóki nie zaczynali czuć ciężaru w głowie. Za napój zaś używano gorący odwar ze suszonych malin. Wyniki, do których doszedł autor, są następujące. Przy działaniu suchych łazien stawały się uderzenia pulsu częstszemi najmniéj o 8—12 uderzeń na minutę, najwięcéj zaś o 20—28. Liczba oddechów zwiększała się na minutę o 2—4—6. Temperatura podwyższała się o 0·6 do 0·9°C. Utrata ciężaru ciała wynosiła 250—750grm. Natomiast przy użyciu 2—3 szklanek gorącego odwaru z malin podnosił się puls podczas pocenia się o 4—8—12 uderzeń. Ilość oddechów zwiększała się o 1—3. Temperatura w jednéj połowie przypadków podczas pocenia się podniosła się o 0·1—0·3°C., w drugiéj zaś połowie spadła o 0·2—0·4°C. Po przejściu jednak potów temperatura we wszystkich razach spadała o 0·2—0·5°C. w porównaniu do téj, która była przed poceniem się. Utrata na wadze wynosiła 148—600grm. Autor zbadał jeszcze zachowanie się parcia krwi przy działaniu wyż wymienionych środków. Okazało się, że takowe zawsze spadało, przyczém łaźnie suche wywoływały większy efekt niż napoje. (*Wracz*, 1889, Nr. 1 i 2). *A. W.*

(*H. K.*) Demme (Berno) **doświadczał na dzieciach działania nastoju** ***strophantus hispidus*** i doszedł do następujących wyników: Dzieciom niżéj lat 5 nie wolno tego leku podawać. Niekiedy sprowadza nawet u dzieci starszych przypady nieprzyjemne żołądkowe. Podawać należy najwyżéj 3 krople 4 do 5 razy dziennie. Ilość moczu dzienna powiększa się po podaniu *strophantus*, wzmacnia czynność serca u dzieci nie działając wcale u nich zbiorowo. W tych przypadkach, w których parcie w tętnicach jest prawidłowe lub podwyższone, nie działa. Przyzwyczajenia się do leku nie widział. Obrzęki ciała usuwa bardzo dobrze. W tych przypadkach, w których sam już nie działał, łączył go z naparstnicą. (*Jahresbericht des Jennerschen Spitals*).

Toksykologija.

Docent Wagner: **Przypadek zatrucia kwasem salicylowym.**

Kto raz widział obłęd opilczy, rozpozna go zapewne w każdym przypadku. Na odwrót zdarzają się przypadki otrucia różnemi przetworami lekarskiemi, które okazują obraz zupełnie podobny do obłędu opilczego (zatrucie kokainą, chloroformem itp.) (patrz Obersteiner: *Intoxicationspsychosen. Wiener Klinik.* Rocznik XII). Anamneza wtedy może się przyczynić do wyjaśnienia sprawy. Nie inaczéj działo się w następującym przypadku W.: 58-letniego czeladnika przywieziono na oddział obłąkanych jako podnieconego, zanadto wesołego, który widzi ciągle myszy i ptaki. Wywiady naprędce zebrane nie przynoszą nic szczególnego. Po kilku dniach stan zupełnie dobry. Rozpoznanie krótkotrwałego obłędu opilczego zdawało się nie ulegać wątpliwości, mimo że chory tylko parę kufli piwa miał wypijać dziennie. Niestosunek jednak ten był powodem, że starano się dokładniéj rzecz wyjaśnić; od krewnych dowiedziano się, że chory bardzo dużo moczu oddaje dziennie (7000—9000 sz.cm. w klinice) i że 2 dni przed opisanym napadem dał sobie zrobić w aptece lekarstwo z 12 gramów salicylanu sodowego; lekarstwo to powtórzył chory jeszcze raz a może i dwa razy. Dotychczas znano tylko i opisywano mniejszego stopnia przypady nerwowe po kwasie salicylowym, jak zawroty głowy, szum w uszach, przeczulicę skórną miejscową, nadczułość zmysłów, dziwne sny itp. Przypadek opisany poucza, że i do cięższych zaburzeń nerwowych przyjść może i że trzeba z kwasem salicylowym być ostrożnym. W. przypuszcza, że w tym przypadku może kwas salicylowy i moczówka prosta razem złożyły się na wybuch napadu obłędu, jak to opisali Ebstein i Bartels. (*Wien. klin. Woch.*, 1888, Nr. 38). *Dr. Kraus.*

Prof. Arpád Bókai (Budapeszt): **O nowéj odtrutce w przypadkach otrucia morfinem.**

B. doszedł w swych doświadczeniach do przekonania, że najlepszą odtrutką przeciw morfinowi jest pikrotoksyn. Pikrotoksyn i morfin działają przeciwnie na ośrodek oddechowy rdzenia przedłużonego, którego czynność pierwszy pobudza, drugi obniża. Ponieważ śmierć po morfinie następuje w skutek porażenia ośrodka oddechowego, pikrotoksyn zaś przeszkadza porażeniu wydechowemu, dla tego może ostatni odgrywać rolę środka życie ocalającego. W otruciu morfinem szybkie opadnięcie ciśnienia krwi może być bardzo niebezpiecznem, pikrotoksyn zaś drażni ośrodek naczynia zwężający rdzenia przedłużonego, przez co znosi działanie morfinu. W obec nadzwyczajnéj szkodliwości atropinu, szczególnie w większych dawkach, który dotychczas uważano za najodpowiedniejszą odtrutkę morfinu, wcale nie jest zbyteczne poznanie nowéj odtrutki. Autor przyrzeka podać bliższe wiadomości o tym przedmiocie. (*Orvosi hetilap*, 1889, Nr. 3). *Dr. R. Spira.*

Choroby wewnętrzne.

Rosenheim (Berlin): **O zaniku błony śluzowéj żołądka i jego raku.**

Wiadomo, że w przebiegu raka żołądka znika kwas solny albo przynajmniéj znajduje się go bardzo mała ilość. Na czém to polega nie jest dotychczas pewném. Kilka istniejących zapatrywań ma zarówno wielu zwolenników jak i przeciwników. R. starał się przyczynić się do wyjaśnienia téj spornéj kwestyi na podstawie poszukiwań anatomopatologicznych. Badał on zarówno za życia jak i po śmierci 16 przypadków żołądka, w 13 rak znajdował się w odźwierniku, raz w okolicy wpustu, dwa razy na krzywiznie mniejszéj. Po poprzedniém staranném przepłukaniu żołądka podawano śniadanie Riegla (400 gr rosołu, 50 gr. bułki, 60 gr. mięsa siekanego) a po upływie 4 godzin badano treść żołądka. W 14tu przypadkach nie znaleziono wcale wolnego kwasu solnego na szczycie trawienia, w jednym znajdował się tylko przemijająco, w jednym zaś wykazano nawet nadmierne wydzielanie się kwasu solnego. Pepsynę mógł zawsze wykazać zarówno jak Jaworski i Gluziński w swoich przypadkach. Na wydzielanie się kwasu solnego nie wpływa wcale postać raka, zarówno go nie ma w twardym i miękkim rozpadającym się raku. Nad przypadkiem, w którym kwas solny nawet nadmiernie się wydzielał mimo istniejącego raka zastanawia się R. bliżéj, w tamtych 14 mógł zawsze wykazać zmiany anatomiczne w błonie śluzowéj żołądka albo w postaci nieżytu, albo śródmiąższowego zapalenia jéj lub zaniku. W ostatnim razie błona śluzowa jest cienką, twardą, gładką i zawiera zaledwie szczątki gruczołów. W dalszym ciągu pracy zastanawia się R. nad zanikiem błony śluzowéj żołądka jako chorobą samoistną. Przypuszcza dwie postacie jéj: a to zanik błony śluzowéj z równoczesném zwyrodnieniem włóknistém całéj ściany żołądka i zanik błony śluzowéj saméj bez udziału innych warstw ściany żołądka. Do ostatniéj grupy dodaje dwa własne przypadki za życia i po śmierci badane, stanowiące cenny dodatek do przypadków Nothnagla, Quinckego i Jaworskiego. (*Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 52). *Dr. Kraus.*

Choroby nerwowe.

Prof. Benedikt (Wiedeń): **O późnych objawach nerwic urazowych.**

W pracy niżéj streszczonéj mówi autor o późnych objawach nerwic urazowych, które ze szkodą dla chorego nie występują zaraz po przypadku nieszczęśliwym na kolei, lecz daleko późniéj, tak że je trudno nawet w związek z przypadkiem samym wprowadzić a jednak od niego się zaczęły. Tu należą przedewszystkiem przypadki, w których parę lat po nieszczęściu kolejowém wykazuje się ścieśnienie samoistne pola widzenia, ślepota na barwy, a w których z czasem przychodzi do zupełnego oślepnięcia. Do téj publikacyi skłonił prof. B. następujący przypadek: U urzędnika poczty, który w r. 1886 doznał podczas zderzenia się pociągów tylko zawrotu głowy, wymiotów i który po trzech dniach oddawał się już swojéj pracy, wykazano w styczniu tego roku a zatém po 3 latach zapalenie brodawki nerwu wzrokowego (okulista Königstein), chód ataktyczny, podwyższenie odruchów kolanowych, nadto porażenie połowicze i skrzyżowane (*hemiplegia in paraplegico*), drżenie ręki lewéj przy ruchach zamierzonych, t. z. *crises gastriques.* Chory skarżył się nadto na ból głowy, osłabienie pamięci, upośledzenie widzenia. Liczy obecnie 39 lat. Po dokładném zbadaniu układu nerwowego prof. B. rozpoznał: *Periencephalitis diffusa, hemiplegia sinistra, paraplegia, ataxia hemilateralis et bilateralis;* po 6 tygodniowém elektryzowaniu nastąpiła taka poprawa w stanie chorego, że go już można było leczyć jako

chorego przychodzącego. Objawy obustronnéj niezborności i porażenie skrzyżowane ustąpiły, hemipareza się zmniejszyła. W przypadkach podobnych używa prof B z dobrym skutkiem *points du feu* tj. ignipunktury wzdłuż stosu kręgowego i jodu w większych dawkach. (*Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 52). *Dr. Kraus.*

Choroby umysłowe.

Prof. Demme (Berno): **O chorobach umysłowych po chorobach zakaźnych.**

Chłopiec 7½ lat liczący zupełnie zdrów przebywa zapalenie obustronne gruczołu przyusznego o średniém nasileniu choroby. Po 9 dniach choroba się skończyła. Niebawem zauważyła jednak matka, że dziecko stawia kilka razy dziennie te same pytania, że stało się smutniejszém i że z nauką idzie bardzo tępo; badanie całego ustroju nie wykazało nic szczególnego, za to były wybitne zmiany w mowie: dziecko się jąkało i zacinało przy wymawianiu niektórych głosek. Pobyt na wsi polecony przez prof. D., słone kąpiele, wzmacniająca dyjeta przywróciła chorego do dawnego stanu zdrowia. W kilka miesięcy potém przeszedł ten sam chory błonicowe zapalenie gardła i migdałków i z niego wyszedł, ale też i po niem przyszło do ostro rozwijającego się przytępienia umysłowego, jąkanie, pólidyjotyzm, brak łaknienia, agramatyzm powróciły w większym stopniu. Żelazo i to samo zachowanie się chorego jak poprzednio usunęły wszystko złe. Podobny przypadek widział prof. D. u dziewczynki po odrze. Stan chorobowy (umysłowy) utrzymywał się blisko 8 tygodni, poczém bezpowrotnie ustąpił. (*Wiener med. Blätter* 1888, Nr. 52). *Dr Kraus.*

(*Dr. H. K.*) Do nielicznych przypadków **obłędu opilczego u dzieci** opisanych po raz pierwszy przez Demmego a następnie przez Maddena, Barlowa i Lyona dodaje w *Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 52 Cohn własny przypadek spostrzegany w klinice prof. Hahna. Obłęd opilczy wystąpił w tym przypadku u 5 letniego chłopca tak samo jak u dorosłych osób po urazie w następstwie braku wyskoku podczas pobytu w klinice. Różnica pomiędzy napadem obłędu u tego dziecka a napadem u starych była tylko ta, że trwał zaledwo 24 godzin i wystąpił niedługo po urazie, podczas gdy u starszych trwa parę dni i poprzedzają go zwiastuny.

Chirurgija.

Docent Rosenberger (Würzburg): **Śródotrzewnowe umocowanie nerki wędrującéj.**

W r. 1881 podał i wykonał po raz pierwszy Hahn sposób umocowania nerki wędrującéj, który nazwał nefrorafiją tj przyszyciem nerki. Przedtém nerki takie zawsze wycinano. Wyniki jednak po wycięciu nie były dobre, umierało 37·5% operowanych. Przyszycie nerki okazało się o wiele lepszém; na 10 przypadków Brodeura umarła zaledwo tylko jedna osoba, na 17 Grossa również tylko jedna. Podczas gdy Hahn polecał cięcie wzdłuż bocznego brzegu mięśnia krzyżolędźwiowego w położeniu na bok i ucisnąwszy od powłok brzusznych nerkę spychał ją na swoje miejsce i tamże umocowywał za pomocą 8—10 szwów katgutowych, zaczynał R. cięcie na zewnętrznym brzegu mięśnia krzyżolędźwiowego i przedłużał je w kierunku do pępka o tyle, o ile mu do zabiegu potrzebném było. Ponieważ niekorzystném jest umocować nerkę zaotrzewnowo, tj. tam, gdzie nie ma dwóch blaszek otrzewny, któreby mogły się po operacyi zlepić i utrzymywać nerkę w nadaném położeniu, postanowił R. umocować ją wśród otrzewny, przyszyć do otrzewny ściennéj, przypuszczając, że to jest rzeczą obojętną, gdzie ona będzie leżała, byle tylko nie uciskała narządów sąsiednich. Ranę w powłokach brzusznych zaszyto po operacyi nie założywszy żadnych sączków ani gazy napawanéj środkami przeciwgnilnemi, chora po operacyi nie gorączkowała ani razu i ma się do dziś dnia zupełnie dobrze. (*Münch. med. Woch.* 1888, Nr. 50). *Dr. Kraus.*

(*H. K.*) Na posiedzeniu tow. lek. berlińskiego przedstawił Köhler 35 letniego blacharza, u którego Bardeleben wykonał operacyję na żołądku, podaną przez Mikulicza, a wykonaną dotychczas tylko przez autora metody i Heineckego, przez każdego w jednym przypadku. Polega ona na rozcięciu odźwiernika w kierunku podłużnym a zeszyciu brzegów rany poprzeczném; światło zwężonego odźwiernika przez to się rozszerza. U chorego przedstawionego przez K. przyczyną zwężenia było otrucie kwasem solnym; objawy zwężenia bliznowatego wystąpiły w 14 dni po zamierzoném samobójstwie, a w ciągu 5 tygodni ciężar ciała spadł z 130 funtów na 76. W cztery tygodnie po operacyi przybytek na ciężarze 9 funtów, obecnie waży już 89 f. K. poleca tę metodę gorąco w obec zwężeń w odźwierniku samym z powodu blizn. (*Deutsche med. Woch.* 1888, Nr. 42).

Choroby kobiece i położnictwo.

Heitzmann: **O używaniu wyciągów borowinowych Mattoniego w praktyce ginekologicznéj.**

Przy zalecaniu wyciągów borowinowych trzeba uważać przedewszystkiém na odpowiednie wskazanie i należyte zastósowanie. Skutek objawia się w silném pobudzeniu czynności skóry i obiegu krwi. Do kąpieli nasiadowéj wystarcza 1 kilogram. W ogóle jest korzystném w początku leczenia używać ich ostrożnie w mniejszéj ilości i w większych odstępach czasu. Podczas miesiączki i ciąży także kąpiele są przeciwwskazane. Wyjątkowo tylko można ich używać codziennie. Ciepła pora letnia więcéj się nadaje do tego leczenia, przy większéj oględności jednak można też w porze zimowéj używać sztucznych kąpieli borowinowych. Cieplota kąpieli ma wynosić według indywidualnéj potrzeby 20—30°R. Po kąpieli zaleca się oczyszczenie powierzchni ciała w celu ochronienia bielizny i wypoczynek co najmniéj przez godzinę. Co do wskazań, przytacza H. najprzód niedokrewność i blednicę, które bardzo się nadają do leczenia za pomocą całkowitych kąpieli borowinowych. W najrozmaitszych przypadłościach nerwowych, które obejmujemy nazwą macinnicy, można osiągnąć szybkie polepszenia i wyleczenie przez używanie tych kąpieli. Przeciwwskazane są one we wszystkich ostrych chorobach serca, płuc, naczyń krwionośnych i w sprawach zapalnych, przebiegających z podwyższoną cieplotą. Najstosowniejszemi są te kąpiele w przewlekłych chorobach narządu płciowego kobiet, np. w zapaleniu macicy. Miejscowe kąpiele wywołują miejscowe przekrwienie, przez co warunki krążenia w narządach miednicy, zwłaszcza macicy, się polepszają, równocześnie występuje przesiąkanie w tkankach stężałych, które stają się miększemi i podatniejszemi. Połączenie tych kąpieli z miesieniem zapewnia i powiększa ich skuteczność. W zboczeniach miesiączki, w przewlekłém zapaleniu jajnika, w nieprawidłowych położeniach macicy, o ile takowe zależne są od pozostałych wypocin lub zrostów po zapaleniach około i przymacicznych, osiągnąć można najpomyślniejsze skutki przez stosowanie kąpieli borowinowych razem z inném miejscowém leczeniem lub téż bez takowego. Skuteczne działanie w takich przypadkach polega na ułatwieniu i powiększeniu wessania wypocin i na skutecznym wpływie tych kąpieli na niedokrewność i osłabienie ciała. (*Allgem. Wien. med. Ztg.*, 1888, Nr. 27 i 28.). *Dr. R. Spira.*

(*H. K.*) W podręczniku swoim niedawno wydanym poleca Winckel **przeciw wcześnie rozpoznanéj ciąży zamacicznéj wstrzykiwania makowca** do worka płodowego, najpóźniéj do czwartego miesiąca trwania takowéj. W 5 przypadkach dał ten sposób leczenia dobry wynik. Do tych 5 dodaje Grossmann w Monachowie jeden własny, w którym po pewném rozpoznaniu ciąży zamacicznéj wstrzyknięto we śnie chloroformowym przez powłoki brzuszne 0·03 makowca strzykawką Pravaza uzbrojoną w długą igłę. Wprawdzie makowiec działał i na matkę, nie sprowadził jednak nieprzyjemnych następstw. W 14 dni potém powtórzono to postępowanie, poczém płód obumarł i uległ tak jak każdy płód wcześnie obumarły wessaniu. (*Münchener med. Woch.*. 1888, Nr. 50).

Choroby dzieci.

J. H. Brik (Wiedeń): **O niemożności zatrzymania moczu.**

Sprawa chorobowa w mowie będąca może być bierną albo czynną. W pierwszym razie wywołuje ją porażenie wypieraczów, zwyrodnienie mięśni pęcherza, przerost gruczołu krokowego, albo też znaczne zwężenie cewki moczowéj. W takich przypadkach pęcherz jest przepełniony moczem jak najwięcéj rozszerzony a tylko nadmiar moczu sączy się kroplami z cewki moczowéj. Moczenie t. z czynne może być mechaniczném, t. j. jeżeli zamknięcie pęcherza zostało unie-

możebnionem przez uwięźnięte ciała obce, kamyki, albo też jest następstwem przewlekłych spraw zapalnych dotyczących zdziergacza. Nareszcie zboczenia w unerwieniu zdziergacza sprowadzają często zwątlenie, potęgujące się aż do ciężkiego porażenia tego mięśnia. T. z. *enuresis* w ścisłém znaczeniu nazywamy mimowolne oddawanie prawidłowego moczu w obec niezmienionych narządów moczowych. We wcześniejszym wieku dziecięcym mocz i kał odchodzą nie sprawiając żadnych podmiotowych uczuć. Po pierwszym roku życia dzieci są już w stanie zatrzymać kał, a po pierwszém ząbkowaniu i mocz. Gdy więc w tym okresie dzieci przy zupełnie prawidłowym narządzie moczowym przecież nie są w stanie zatrzymać moczu, wtedy cierpią one na t. z. *enuresis*, która może być albo nocną (*E. nocturna*) albo dzienną (*E. diurna*) albo stałą (*E. continua*). Zdaniem Ultzmanna przyczyną tego cierpienia ma być niestosunek w unerwieniu między wypieraczami i zdziergaczem. Lecz nie ulega żadnéj wątpliwości, że w niemałéj liczbie przypadków takie zajęcie polega na nerwicach. Wiadomo, że dzieci, dotknięte padaczką albo strachem nocnym (*Night terrors*) albo innemi zboczeniami układu nerwowego ośrodkowego, doznają tego przypadu. *Enuresis* bywa też jednym z najwcześniejszych objawów cukrzycy u dzieci. Rokowanie i leczenie zależne jest od stosunków etyjologicznych. Przedewszystkiém trzeba starać się o usunięcie przyczyny, zwężenia, kamyków itd. W *enuresis* w ścisłém znaczeniu jest wskazane postępowanie wzmacniające, żelazo, chinin, arsen, zabiegi wodolecznicze, kąpiele rzeczne i morskie; wilcza jagoda i jéj przetwory również mają wywierać wpływ dobry. Według Ultzmanna najodpowiedniejszém w takich przypadkach jest leczenie elektryczne. W tym celu używa przyrządu saneczkowego Du Bois Reymonda w taki sposób, że jeden biegun metalowy wprowadza do prostnicy a drugi stawia na międzykrocze. (*Intern. klin. Rundschau*, 1889, Nr. 3). *Dr. R. Spira.*

(*H. K.*) W czasopismach niemieckich często można się spotkać z zachwalaniem przez lekarzy amerykańskich **wziewań pary rtęciowéj przeciw błonicy**. Obecnie znowu poleca je gorąco Corbin (Brooklyn) w *New-York Med.-Journal*. Od kilku lat stosuje je wyłącznie w błonicy i krupie gardła i krtani z dobrym skutkiem. Nad łóżkiem rozpina się kawał sukna lub płótna w postaci namiotu, nad lampą wyskokową paruje się 3—5gr. tlenku rtęci, poczém się dziecko pod namiotem kładzie w łóżku. Jeśli poprawa nie nastąpi zaraz, należy to postępowanie powtórzyć po 2—4—6 godzinach. Rothe w Altenburgu potwierdza w zupełności podania Corbina; zamiast tlenku rtęci używał niejaz i pary kalomelu. (*Wiener med. Blätter*, 1888, Nr. 48).

Okulistyka.

Gillet de Grandmont: **Operacyja czynnościowego podwinięcia powieki.**

Czynnościowém nazywa autor podwinięcie powieki dolnéj u starców, powstałe skutkiem kurczenia się mięśnia obrączkowego powiek. Autor usuwa je za pomocą przewiązek poziomych twierdząc, że w leczeniu tego zboczenia zawodziły go wszelkie przeciw podwinięciu powiek w ogólności zalecane sposoby. Do wykonania operacyi potrzeba trzech nitek przysposobionych antyseptycznie, których każdy koniec nawleka się w igłę krzywą. Obie igły nitki pierwszéj wbija się na dnie dolnego załamka spojówki w odległości 6 do 8mm. jednę od drugiéj a wykłuwa się je o 3 do 4mm. jednę od drugiéj przez skórę w oddaleniu 3 do 4mm. od wolnego brzegu powieki. Tutaj związuje się końce nitki silnie. Uskuteczniwszy to samo dwiema dalszemi nitkami, tak żeby wszystkie wyszły w téj saméj linii równoległéj do brzegu powiekowego i utworzyły małą bruzdkę taką, jaka w tém miejscu u starców w stanie prawidłowym istnieje, usuwa się natychmiast podwinięcie, które nawet przy silnym skurczu mięśnia obrączkowego powiek nie powraca. Nitki przysposobione antyseptycznie za pomocą sublimatu przebywać mogą z górą dwa miesiące w tkaninach nie wywołując zadrażnienia; odpadają one same od siebie nie pozostawiając blizn, lecz można je usunąć wcześniéj upewniwszy się, że skóra poprzyczepiała się do głębszych części powieki. (Pomysł téj operacyi nie jest zupełnie nowym, lecz raczéj odpowiedniém zastosowaniem do leczenia podwinięcia sposobu, który Snellen podał jeszcze w roku 1872 celem usunięcia wywinięcia powieki dolnéj. Sprawozd. Przegl. Lek.). (*Recueil d'Ophthalmologie* Styczeń 1889). *Rydel.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 5te z dnia 20 lutego 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 39.

1. Przewodniczący przedstawia Towarzystwu doktorów: Zdzisława Szydłowskiego, Stanisława Momidłowskiego, Jana Opieńskiego i Wiktora Nattera do przyjęcia w poczet członków czynnych; wszystkich jednogłośnie przyjęto.

2. Kol. Bossowski przedstawia dwóch chorych, operowanych w klinice chirurgicznéj, u których wykonano autoplastykę według metody Maasa. U jednego z chorych uskuteczniono transplantacyję z powodu ubytku powstałego na grzbiecie ręki po flegmonie, wikłającéj ranę postrzałową. U drugiego rozległy ubytek po wycięciu głęboko drążącego mięsaka dał powód do autoplastyki. W obu przypadkach wycięto płat ze skóry brzucha w kierunku przebiegu naczyń i po częściowém zespojeniu go szwami z brzegiem ubytku osłonięto szypułę płatu gazą nasmarowaną maścią borową, aby ją ochronić od wysychania. Po założeniu opatrunku antiseptycznego unieruchomiono całą odnogę, pod kątem prostym w łokciu zgiętą, układając rękę na brzuchu i ustalając ją wraz z przedramieniem stósownym opatrunkiem z waty, opasek miękkich i organtynowych. W jednym przypadku przecięto szypułę po upływie dni 11, w drugim po 12 dniach. Podczas gdy w jednym przypadku płat przygoił się bez żadnych zaburzeń, w drugim nastąpiło przybrzeżne obumarcie płatu, i tam aż dotąd wązki pasek ziarniny się utrzymuje. Zresztą w obu przypadkach płaty są elastyczne, przesuwalne, i oddziaływają na wrażenie bólu prawidłowo. Wrażenie ciepła i zimna, jakoteż czucie dotykowe, jest jeszcze upośledzone. Lokalizacyja i przewodnictwo w obu przypadkach prawidłowe.

3. Kol. Krokiewicz okazuje preparat pierwotnego *adenocarcinoma* trzustki, które utworzyło mnóstwo przerzutów w organach wewnętrznych, oraz preparat jelit, dotkniętych na błonie śluzowéj zapaleniem dławcowém, w przebiegu chronicznego zapalenia nerek.

4. Kol. Obaliński zdaje krótko sprawę ze swéj pracy „O wtórorzędnéj niedrożności jelit". W dyskusyi zabierają głos koledzy: Zaręba, Browicz, Gluziński, Sondermayer, Bossowski, przewodniczący i prelegent.

5. Kol. Gluziński mówi o następstwach rzeżączki w postaci ostrych zapaleń osierdzia i śródsierdzia, z następowém wytworzeniem się niedomykalności zastawek. (Rzecz ta umieszczoną jest w „Przeglądzie Lek."). Dyskusyję nad odczytem odłożono do następnego posiedzenia. Sekretarz,
Dr. Bukowski.

V. Z III Zjazdu lekarzy rosyjskich w Petersburgu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Sekcyja chorób usznych i gardlanych.

Dr. Żyrmuński. „Przyczynek do etyjologii i uleczności chronicznego nieżytu nosa". Przyczyny procesu zanikowego w muszlach nosowych i swoistéj obrzydliwéj woni dotychczas nie są jeszcze objaśnione dokładnie. Autor w części wyjaśnia tę kwestyję. Tak obserwował on podobny nieżyt u kilkorga dzieci z jednéj i téj saméj familii, i to naprowadziło go na myśl, że za przyczynę téj choroby u dzieci można uważać wrodzoną anomaliję muszli nosowych, które są bardzo małe, jakoteż wrodzoną ścienczałość błony śluzowéj. Nienormalna błona śluzowa daje nieprawidłową wydzielinę, która łatwo wysycha i ulega rozkładowi dzięki mikrobom, być może nawet swoistym, znajdującym w téj wydzielinie odpowiednią glebę dla swego rozwoju. Za przyczynę zaś takiego nieżytu u osób dorosłych uważa autor przewlekły nieżyt, połączony z początku z przerostem, a następnie z zanikiem błony śluzowéj. Wyleczenie jest możliwém tylko w wieku dziecięcym, przez wymywanie jamy

nosowej rozczynem sody, soli kuchennéj i kwasu salicylowego. U dorosłych zaś choroba jest nieuleczną.

Sekcyja chorób ocznych.

Dr. Lubiński. „O wpływie oświetlenia elektrycznego na oczy osób, zajętych wytwarzaniem tegoż“. Autor obserwował do 30 takich przypadków, przeważnie u oficerów. Zwykle w 10—14 godzin po pracy nad światłem elektrycznêm uczuwali chorzy silny ból w oczach, które były „jakby przysypane piaskiem“, silne łzawienie i światłowstręt. Dolegliwość trwała zwykle koło 1½ godziny i przechodziła bezpowrotnie. Badanie wykazywało obrzęk powiek, przekrwienie gałki ocznéj i nastrzykanie naczyń okołorogówkowych. Ruchy boczne ócz były bolesne. U jednego chorego wystąpił równocześnie rumień na twarzy. Leczenie podczas napadów: okłady zimne, kokaina i wewnętrznie wodnik chloralu. Autor nadaje téj chorobie nazwę *ophthalmia photoelectrica.*

Podsekcyja bakteryjologii.

Dr. Arustamow. „Przyczynek do kwestyi pochodzenia i bakteryjologii klinicznéj zapalenia płuc krupowego“. Na podstawie badania bakteryjologicznego plwocin u 50 chorych przyszedł autor do wniosku, że prawdziwą przyczyną choroby jest diplokok Fraenkla-Weichselbauma. Diplokok ten, hodowany na rozmaitych pożywkach, prędko traci swój złośliwy charakter i bez przeniesienia ginie po 8—9 dniach. Ale nawet śród najdogodniejszych warunków nie żyje dłużéj nad 3 tygodnie. Ze względu na te własności trzeba szukać tego diplokoku we wczesnych okresach zapalenia płuc i wtedy w ciągu 3—4 dni choroby zawierają plwociny prawie wyłącznie tylko ten jeden mikroorganizm, podczas gdy późniéj przyłączają się do niego i prątki Friedländera i prątki gnilne. Diploki Fr.-W. słabną z każdym dniem choroby tak pod względem jadowitości, jak i zdolności do życia a po przełomie giną zupełnie. Tymczasem bakteryje gnilne, jako więcéj odporne, żyją daléj w chorobowo zmienionych płucach. Z tego wynika, że za pomocą badania samych tylko trupów nie można ostatecznie rozstrzygnąć natury zapalenia krupowego płuc.

Dr. Besser. „Mikroby dróg oddechowych“. Autor zbadał u osób zdrowych i wyzdrawiających zawartość jam nosowych (81 przypadk.), oskrzeli (10) i zatok czołowych (5) co do obecności mikrobów. Oprócz zatok czołowych znalazł we wszystkich innych miejscach mikroby. Z chorobotwórczych: 14 razy *diplococcus pneumoniae*, 14 *staphylococcus pyogenes aureus*, 7 *streptococcus pyogenes* i 2 razy, *bacillus pneumoniae* Friedländera. Ztąd wnosi B., że organizmy chorobotwórcze są niemi dla człowieka tylko warunkowo.

Sekcyja anatomii patologicznéj.

Dr. Uskow. „Rozpoznanie duru plamistego“. Rozpoznanie duru plamistego na trupie jest daleko trudniéjszém, niż na żywym człowieku i dla tego proponuje autor następującą cechę. W wielu przypadkach téj choroby zauważył on zmianę szpiku kostnego żółtego na czerwony. Przyczém w takim szpiku istniała zawsze znaczna ilość dużych komórek zawierających szczątki ciałek czerwonych.

Dr. Winogradow. „Zmiany w przewodzie pokarmowym i innych narządach w zatruciu kwasami mineralnemi“. Autor zbadał 10 takich przypadków, przyczém najczęstszém było zatrucie kwasem siarkowym, następnie azotowym i wreszcie solnym. Badając ścianę przewodu pokarmowego obserwował zaczopowanie naczyń błony śluzowéj przez ciałka czerwone, które stopniowo się odbarwiały i zamieniały w rozgałęziające się cylindry szkliste. W procesie zwyrodnienia szklistego przyjmowały udział i ściany naczyń. Dla przekonania się, że zwyrodnienie to jest reakcyją życiową tkanek, wstrzykiwał autor kwasy do żołądka trupa i nie otrzymywał takich zmian. W naczyniach większych, bardziéj oddalonych od powierzchni błony śluzowéj, a zatém i od działania kwasu, znajdował on obrączkę szklistą, przylegającą do ścian naczynia, która powstawała prawdopodobnie ze szklisto zwyrodniałego skrzepu krwi w skutek nierównomiernéj szybkości prądu. W wielu narządach (nerkach, wątrobie, mózgu, śledzionie i płucach) znajdował zatory, a w śledzionie i nadmierne odkładanie się barwika. Wreszcie znalazł w komórkach większéj części narządów zwyrodnienie białkowate.

Sekcyja chirurgiczna.

Dr. Sołomka. „Materyjał dla oceny wysokiego cięcia kamieni moczowych“. W pracy téj godnym uwagi jest materyjał statystyczny podany przez autora. A mianowicie w Rosyi wykonano wszystkiego 486 podobnych operacyj. Operacyje można rozdzielić na 2 grupy: 62 przypadki przed używaniem antiseptyki i 424 z zastosowaniem téjże. W pierwszéj grupie umarło 23, to znaczy 37,1%. Przyczyny śmierci: zapalenie otrzewny (6 prz.), zapalenie okołopęcherzowe i otrzewnowe (3). zapalenie miedniczek i nerek (2), itd. Odjąwszy przypadkowe przyczyny śmierci otrzymamy 30,6%. W drugiéj grupie umarło 59, tj. 13,91%. Przyczyny śmierci: zapalenie otrzewny (7), zapalenie miedniczek i nerek (9), mocznica (5), róża (2), zapalenie nieżytowe płuc (2) itd.

Sekcyja farmacyi i farmakognozyi.

Pel. „Falsyfikacyje lekarstw, obserwowane w ostatnich czasach“. Autor wyliczył 52 środków leczniczych, których fałszowanie on sam lub téż inni obserwowali. Przytém fałszowano często w ten sposób, ażeby środek jaki odpowiadał wymaganiom farmakopei, jak np. mięszano jodoform z 30% kwasu pikrynowego itp.

Sekcyja neurologii.

Noiszewski opisał przyrząd własnego wynalazku, nazwany przez się elektroftalm-cyklop. Przyrząd ten ma na celu ludziom zupełnie ślepym dać możność rozróżnienia światła i oznaczania położenia świecącego przedmiotu za pomocą poczucia ciepłoty i miejsca. Nie jest to nic innego, jak *camera obscura*, któréj tylna ścianka (przylegająca do skóry) składa się z 3 warstw. 1a warstwa jest cienką siatką metaliczną, umocowaną w oprawie metalicznéj, która się łączy z przyrządem elektrycznym. 2a warstwa jest cieńką blaszką selenową, wstawioną w téż samą oprawę i ściśle przylegającą do siatki metalicznéj. Wreszcie 3cia warstwa, bezpośrednio dotykająca skóry, składa się ze złotych izolowanych pręcików ułożonych w postaci gęstéj szczotki i dotykających jednym końcem blaszki selenowéj, drugim zaś skóry. Pod wpływem światła padającego na jakąkolwiek część blaszki selenowéj zaczyna ta ostatnia przewodzić w tém miejscu prąd, idący stale przez siatkę metaliczną i ogrzewać pręciki przytykające do téj części. W ten sposób zjawienie się ciała świecącego daje się odczuć za pomocą czucia ciepła, przyczém zwiększenie się płaszczyzny tego czucia będzie wskazywało zbliżenie się przedmiotu i odwrotnie. Przesuwanie się zaś tego czucia będzie świadczyło o przesuwaniu się ciała świecącego w kierunku odwrotnym. Autor wybrał gładzinkę, jako miejsce dla umieszczenia swego przyrządu, ponieważ okazała się ona jedną z najczulszych części ciała w tym względzie.

Na ogólném zebraniu 10 stycznia uchwalił Zjazd wnioski, podane przez poszczególne sekcyje. Na tém zebraniu odczytano kwestyje podane przez sekcyje dla rozpatrzenia na przyszłym IV zjeździe. Ciekawsze z nich podajemy. 1. Postanowiono starać się o zaprowadzenie wykładów higijeny w wyższych szkołach technicznych i w zakładach naukowych, kształcących pedagogów; oraz o obowiązkowe dla personalu nauczycielskiego w wyższych i średnich zakładach naukowych składanie egzaminu z higijeny szkolnéj. 2. Podsekcyja chorób gardłowych i usznych wyraziła życzenie, ażeby w uniwersytetach wykłady chorób usznych i gardłowych były traktowane obszerniéj, niż dotychczas, i ażeby dla tych chorób urządzono oddziały w szpitalach nietylko w uniwersytetach, lecz we wszystkich większych miastach. 3. Sekcyja medycyny społecznéj uznała za rzecz pożądaną, ażeby chroniczni chorzy, znajdujący się w szpitalach, zostali z nich wypisani i leczeni jako przychodzący. Do szpitalów zaś należy przyjmować tylko chorych na choroby ostre i zakaźne, lub téż w celu wykonania operacyi. Nieuleczonych należy odsyłać do domów inwalidów i dobroczynności. Po pożegnalném przemówieniu prof. Erismana i Krasowskiego zamknięto III Zjazd lekarzy rosyjskich. *(Wracz* 1889, Nr. 2, 3, 4 i 5). *A. W.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. Mosler (Greifswald): **O nadużywaniu wyskoku.**

Kiedy można mówić o nadużywaniu wyskoku a kiedy się kończy prawidłowa miara używania go? Oto pytania, które prof. M. na wstępie sobie czyni, na które jednak w ciągu całéj pracy nie odpowiada. Stara się za to w inny sposób wykazać, jak wyskok szkodzi, ile osób młodych niewątpliwie przetrzymałoby choroby zakaźne przypadkowe, ile mniéj mielibyśmy umysłowo chorych, ile mniéj udarów mózgowych i sercowych przedwczesnych. Na 100 przypadków umysłowo chorych przypuszcza M. 40 z nadużywania wyskoku. Jak wpływa nadużywanie wyskoku na potomstwo, wyświeca prof. M. przytaczając doświadczenia Maireta i Combemalego, którzy ciężarnéj suce wstrzykiwali w dużéj ilości wyskok, z 12 potomstwa urodziło się nieżywych 2, a reszta zginęła w ciągu 65 dni życia. U wszystkich znaleziono przy sekcyi wybitne następstwa zatrucia wyskokowego. Inne podobne doświadczenia wykonane na kilku pokoleniach różnych zwierząt dały mniéj lub więcéj te same wyniki. Podatki wprawdzie już duże nałożone na wyskok, są jeszcze, zdaniem prof. M., małe, i wcale jeszcze nie widać w Niemczech zmniejszania się jego sprzedaży. Inaczéj rzecz się ma w Szwecyi, gdzie przed 50 laty przypadało na jedną osobę 54 litrów wyskoku, obecnie przypada zaledwie 8 litrów rocznie. W końcu zarzuca prof. M. lekarzom praktycznym, że za mały biorą udział w kampanii przeciw nadużywaniu wyskoku prowadzonéj przez niektóre stowarzyszenia humanitarne a skutecznie i zbawiennie działające jedynie w Szwajcaryi. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 47). *Dr. Kraus.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 marca. Na wniosek uczyniony przez Wydziały lekarskie w Budapeszcie i Kołoszwarze Minister Oświecenia w Węgrzech zgodził się w zasadzie na urządzenie w tych Wydziałach kursu dentystycznego, aby uczniowie medycyny i lekarze mieli sposobność kształcenia się w dentystyce i technice dentystycznéj. O ile wiemy i w naszym Wydziale poruszono myśl proszenia Ministerstwa o zezwolenie na otworzenie zakładu dentystycznego w Krakowie. Potrzeby takiego zakładu, wyłącznie dla słuchaczów medycyny i lekarzy przeznaczonego, dowodzić chyba nie potrzeba. Do niedawna uczniowie nasi nie byli pozbawieni całkiem możności zapoznania się z dentystyką; odkąd jednak docent téj gałęzi lekarskiéj złożony został ciężką niemocą, nauka ta zupełnie leży u nas odłogiem. Wprawdzie Wydziałowi służy prawo egzaminowania kandydatów i wydawania dyplomów na magistra dentystyki, ale kandydaci nabywać muszą wiedzy poza granicami kraju a nawet państwa, co dla nich z wielkim połączone jest wydatkiem. Spodziewać się należy, że Ministerstwo nie sprzeciwiłoby się urządzeniu i u nas takiego zakładu czy kursu, a to tém mniéj, o ile zakład taki nie wymagałby wielkiego nakładu, a stałoby się zadość rzeczywistéj potrzebie, ponieważ pomijając już kształcenie specyjalistów, to przecie uczniowie nasi mają prawo domagać się, aby dana im była sposobność poznania gałęzi dla każdego lekarza praktykującego na prowincyi, gdzie specyjalistów nie ma, koniecznie potrzebnéj.

* Kursa przygotowawcze dla kandydatów do egzaminu fizykackiego rozpoczną się d. 26 bm. i potrwają aż do rozpoczęcia się egzaminu.

* Z pikniku lekarskiego, urządzonego w d. 2 bm., pozostała kwota 71 zł. a., które z rąk kol. Gluzińskiego otrzymała redakcyja z przeznaczeniem dla funduszu wdów i sierot po lekarzach przy Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie istniejącego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. Breisky z powodu choroby otrzymał urlop kilkomiesięczny i zastępować go będzie asystent Dr. Lihotzky. — Prof. Nothnagel otrzymał tytuł radcy dworu. — **Berlin.** Prof. Bardeleben święcił d. 1 marca 70te swe urodziny. — **Budapeszt.** Prof. Babes już od roku bawiący w Bukareszcie, prosił o uwolnienie od obowiązków profesora histologii i bakteryjologii. — **Monachijum.** Asystent Dr. Issmer habilitował się jako docent chorób kobiecych. — **Bazyleja.** Dr. Burckhardt habilitował się jako docent chirurgii. — **Dorpat.** Asystent Dr. Zoege-Manteufel habilitował się jako docent chirurgii.

* **Odznaczenie.** Król włoski zamianował 5 lekarzy senatorami; tymi są Cantani, Duranto, Minich, Secondi i Todaro.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Tadeusz Mayzeł z Zagajowa i Kazimierz Mieroszewski z Czech w Król. Polskiém.

* **Nekrologija.** W Gera umarł prof. fizyjologii porównawczéj w Jenie Dr. Krukenberg, jak przypuszczają, w skutek samobójstwa. — W Budapeszcie umarł psychijatryk Dr. Schwartzer. — We Wrocławiu umarł d. 4 bm. Dr. Ryszard Gscheidlen, nadzw. profesor fizyjologii i redaktor dwutygodnika lekarskiego wrocławskiego, licząc lat 45.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Jawdyńskiego: Życiorys śp. Orłowskiego; Elsenberga: Grzybek parcha (dok.). — W *Medycynie* Nr. 10: Adamkiewicza: Porażenie połowicze postęp. nn. mózgowych. — W *Wiadomościach Lek.* Nr. 7: Stachiewicza: Rokowanie w gruźlicy płuc; Bogdanika: Szkice herniologiczne (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w dniu 20 marca **w sali wykładowéj prof. Blumenstoka** zwyczajne posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Dalszy ciąg dyskusyi nad wykładem kol. Gluzińskiego; 2) Wykład kol. Marsa „O nowym sposobie wydobywania porodu za pośladki“; 3) Wykład kol. prof. Browicza „Demonstracyja preparatów patologiczno-anatomicznych.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.